



Nashville Consortium of Safety Net Providers

Aplicación

Para participar en Bridges to Care se requiere la siguiente información. Por favor complete cada espacio y si no entiende alguno pida ayuda.

Nombre:		Inicial		Apellidos		
Apellido soltero de madre			Nombre del Padre o guardián (si el paciente es menor)			
Nombre de su calle		Apartamento		Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Postal (si es distinta)						
Numero de teléfono () —		Nombre y numero de teléfono en caso de emergencia () —				
Fecha de nacimiento / / Mes / Día / Año	Edad	Sexo	Raza (circula uno) Negro Blanco Asiático Americano nativo Isleño pacifico			
¿Hispano? Sí No	¿Lenguaje primario?		¿Habla ingles? Sí No	¿Lee o escribe? Sí No	¿Ultimo grado completado?	
Años en Nashville		¿Tiene un hogar? Sí No	País de origen		Condado donde reside ahora	
Para determinar la elegibilidad de algunos servicios médicos y dentales se requiere la siguiente información.						
Seguro Social - -		Numero en la familia	Ingreso familiar anual	Horas de trabajo	Cantidad a mano	
Estado Civil (circula una si es aplicable)						
Casada /con niños bajo 6		Casado /sin niño		Soltero / con niños bajo 6		Soltero / sin niño

Si tienes niños en tu casa de los cuales eres el Padre o el guardián, déjanos saber la información al otro lado de esta forma.

Esta aplicación no puede ser aceptada sin la forma que autoriza al BTC a tener información del Paciente. Favor de llenar dos formas. Entregue a admisiones o a la oficina que da de alta al paciente las dos formas junto con esta aplicación. Si usted tiene preguntas llame a la oficina de BTC al 760-2799. Gracias por participar en Bridges to Care.

Por favor provea esta información para cada niño en su familia o cabeza de familia.

Nombre:		Inicial:		Apellido		
Fecha de nacimiento: / / Sí No	Edad:	Sexo:	Raza (circula uno) Negro Blanco Asiático Americano nativo Isleño pacifico			
¿Hispano? Sí No	Primer Lenguaje		¿Habla ingles? Sí No	¿Lee y Escribe? Sí No	¿Ultimo Grado Completado?	
Seguro Social - -						

Nombre:		Inicial:		Apellido		
Fecha de nacimiento: / / Sí No	Edad:	Sexo:	Raza (circula uno) Negro Blanco Asiático Americano nativo Isleño pacifico			
¿Hispano? Sí No	Primer Lenguaje		¿Habla ingles? Sí No	¿Lee y Escribe? Sí No	¿Ultimo Grado Completado?	
Seguro Social - -						

Nombre:		Inicial:		Apellido		
Fecha de nacimiento: / / Sí No	Edad:	Sexo:	Raza (circula uno) Negro Blanco Asiático Americano nativo Isleño pacifico			
¿Hispano? Sí No	Primer Lenguaje		¿Habla ingles? Sí No	¿Lee y Escribe? Sí No	¿Ultimo Grado Completado?	
Seguro Social - -						

Nombre:		Inicial:		Apellido		
Fecha de nacimiento: / / Sí No	Edad:	Sexo:	Raza (circula uno) Negro Blanco Asiático Americano nativo Isleño pacifico			
¿Hispano? Sí No	Primer Lenguaje		¿Habla ingles? Sí No	¿Lee y Escribe? Sí No	¿Ultimo Grado Completado?	
Seguro Social - -						